

Rezidentūra Lietuvoje: bręstantis iššūkis¹

Ižanga

Rezidentūros studijų kokybė yra vienas svarbiausių aspektų, atėityje nulemsiančių Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veidą. Šiomet sveikatos apsaugos sistemoje prasidėję pokyčiai neaplenkė ir medicininės edukacijos - nuo 2019 metų Lietuvoje įsigalioja pakopinių kompetencijų modelis, leisiantis tobulinant rezidentūrų kokybę įgalinti gydytojus rezidentus palapsniui prisiimti daugiau atsakomybės. Šios analizės tikslas - sistemingai įvertinti dabartinę podiplominių medicinos studijų kokybę ir pateikti suinteresuotoms šalims pasiūlymus, galimai padėsiančius numatomus pokyčius įgyvendinti sklandžiau.

Ši analizė - tai dalis tarptautinio projekto, kurį Jaunųjų gydytojų asociacija (JGA) atlieka bendradarbiaudama su Estijos jaunųjų gydytojų asociacija ir Praxis tyrimų centru. Projekto tikslas - išnagrinėti ir palyginti rezidentūrų kokybę su Pasaulinės medicininės edukacijos federacijos (PMEF) kokybės standartais, o vėliau - ir tarp projekte dalyvaujančių šalių.

Siekiant projekto tikslų, buvo iškelti uždaviniai:

1. Apklausti rezidentus, jų koordinatorius ir vadovus (toliau - rezidentų vadovai), atlikti apklausos analizę, ją pristatyti sprendimų priėmėjams diskusijoje “Rezidentūra Lietuvoje: problemos ir galimybės”;
2. Išanalizuoti rezidentūrą reglamentuojančius dokumentus;
3. Esant reikalui konsultuotis su tikslinėmis respondentų grupėmis;
4. Palyginti situaciją su 57 PMEF standartais ir pateikti galutines išvadas bei pasiūlymus.

¹ 2019 metų sausio 4 dienos versija.

Analizės išvados, suformuluotos remiantis apklausos duomenimis, dokumentų analize, interviu su tikslinėmis grupėmis ir diskusijos su sprendimų priėmėjais rezultatais, bus pateiktos skirstant jas į keturias dalis:

1. Teisiniai ir organizaciniai rezidentūrų aspektai;
2. Mokymo kokybė, kompetencijų vertinimas ir grįžtamasis ryšys;
3. Suderinamumas su moksline veikla.

Kiekvienoje dalyje bus pateikta esamos situacijos apžvalga, respondentų nuomonę iliustruojantys grafikai ir citatos bei siūlomi iškeltų problemų sprendimų būdai.

1. Teisiniai ir organizaciniai rezidentūrų aspektai

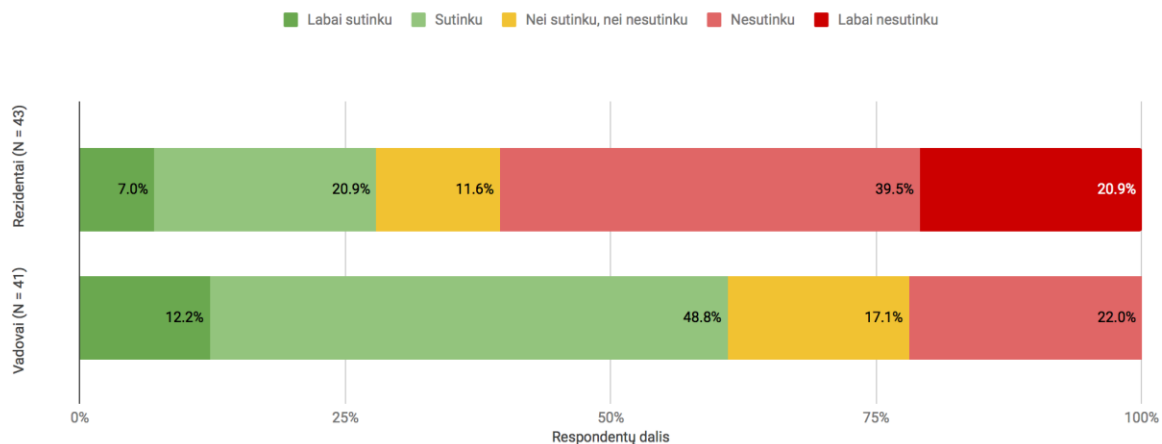
Rezidentūrų programų komitetų (komisijų) veikla, jos kokybės užtikrinimas

Remiantis LR Vyriausybės nutarimu “Dėl gydytojų rengimo”, medicinos ir odontologijos rezidentūra yra laikoma laipsnio nesuteikiančiomis studijomis, kurio metu rezidentas studijuoja ir dirba prižiūrimas savo vadovo. Dėl šios priežasties pagrindinės rezidentūrų proceso suinteresuotos šalys yra Sveikatos apsaugos ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija bei du universitetai - Lietuvos sveikatos mokslų universitetas (LSMU) ir Vilniaus universitetas (VU). Sveikatos apsaugos ministerija numato būsimą skirtingų specialybių gydytojų poreikį bei kasmet teikia pasiūlymus Švietimo ir mokslo ministerijai. Universitetai sprendžia dėl bendrų nuostatų visoms rezidentūrų programoms, apibrėžtų Rezidentūros reglamentuose, o reikalavimai kiekvienai specialybei išdėstyti rezidentūrų programų aprašuose. Universitetai vykdo šias nuostatas skirdami už savo rezidentūros programas atsakingus koordinatorius, kurie savo ruožtu buria už programų kūrimą ir nuolatinį atnaujinimą atsakingus Rezidentūrų programų komitetus (VU) ir Rezidentūrų komisijas (LSMU) (toliau - Rezidentūrų komitetai (komisijos)). Universitetai atnaujinimus derina su susijusiomis universitetų ir rezidentūrų bazių struktūromis, pakeitimus gali inicijuoti visos rezidentūros studijų suinteresuotos šalys. Rezidentūrų kokybę visoje šalyje vertina Studijų kokybės vertinimo centras. Taip pat dalis LSMU klinikų yra gavusios Europos medicinos specialistų sąjungos (UEMS) akreditaciją, kuri užtikrina, kad rezidentų rengimas atitinka UEMS reikalavimus, tačiau UEMS išorinis akreditavimas Europos sąjungos šalyse nėra vykdomas privaloma tvarka.

Pasak PMEF standartų, rezidentūros studijos turėtų užtikrinti kompetentingų, savo srityje savarankiškai dirbti gebančių gydytojų paruošimą. Rezidentūrų programos turėtų būti nuolat sistemiškai atnaujinamos ir atitikti naujausius įrodymais grįstos medicinos standartus. Tikslios kompetencijos, kurias turi įgyti rezidentas iki rezidentūros baigimo yra apsprendžiamos rezidentūrų programų komitetų (komisijų), kurie ruošdami rezidentūrų programų aprašus remiasi nacionaliniais ir tarptautiniais pavyzdžiais bei rekomendacijomis bei periodiškai juos atnaujina. Tiesa, ne visų rezidentūrų programų komitetai (komisijos) susirenka reguliariai ir

pakankamai dažnai. Pasak PMEF standartų, rezidentūrų programų kūrime turėtų dalyvauti visos suinteresuotos šalys, tačiau žinoma pavyzdžių, kuomet į komiteto sudėtį rezidentų atstovai įtraukiami tik fiktyviai. Taip pat, kadangi rezidentūra laikoma studijomis, visos rezidentūrų programos yra kas kelis metus akredituojamos išorinės institucijos - Studijų kokybės vertinimo centro. Pasak PMEF standartų, rezidentūros metu sistemiškai mokant rezidentus turėtų būti siekiama rezidentūrų programų aprašuose išvardintų tikslų, tačiau aprašai ir dokumentai neretai neatitinka tikrovės, dėl ko rezidentai nesijaučia įgiję pakankamai kompetencijų. Paklausus rezidentų, ar visa jų specialybės rezidentūros programos struktūra, sandara ir trukmė yra pakankama paruošti kompetentingus specialistus, 60.4% respondentų atsakė nesutinkantys arba stipriai nesutinkantys su šiuo teiginiu. Daug respondentų pabrėžė trumpą kai kurių rezidentūrų trukmę bei klinikinės praktikos trūkumą.

Mano rezidentūros programos struktūra, sudėtis ir trukmė yra pakankama paruošti kompetentingus specialistus.



“Rezidentūra yra chaotiška ir menkai mane ruošia būti chirurgu. “Ant popieriaus” [rezidentūra] atrodo gerai, bet tai toli nuo realybės.”

"Rezidentūros neužtenka, per daug dokumentacijos, jokios klinikinės praktikos. Ir tik trys metai, nepakankamai laiko."

"Programa per trumpa ir per paviršutiniška, nepakankamai praktinių įgūdžių. Labai plati programa, orientuota į teoriją, bet nepakankamai laiko įgyti praktinius įgūdžius ar net

teoriškai perprasti. Praktinis darbas susideda pagrįdė iš teisinių ir socialinių problemų sprendimo, o rezidentūros metu su šiomis temomis susiduriame labai nedaug".

"Programa yra tokia pati kaip ir visoje Europoje, bet rezidentūros trukmė yra dviem metais trumpesnė".

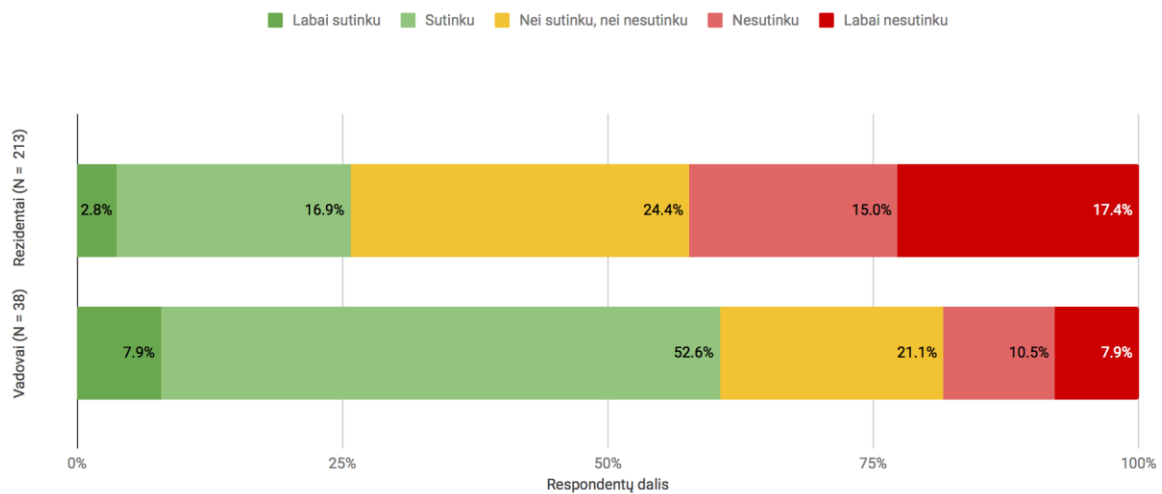
Nepaisant to, kad 55% vadovų sutiko arba labai sutiko su minėtu teiginiu, gastroenterologijos, šeimos medicinos, radiologijos, vaikų onkologijos vadovai teigė, kad jų rezidentūrų programų trukmė yra per trumpa.

Kuriant rezidentūros programas, svarbu siekti, jog numatyti specialistų ruošimo procesai ne tik atitiktų tarptautines rekomendacijas bet ir būtų įgyvendinami kasdieniame darbe, o išskylantys neatitikimai būtų efektyviai fiksuojami, aptariami bei ieškoma sprendimo būdų jiems pašalinti. Šiuo metu atsakomybė už vidinę kokybės kontrolę - programų stebėjimą, peržiūrėjimą, ir, esant reikalui, atnaujinimą - deleguota struktūroms, kurios ir sudarinėja rezidentūrų programas - rezidentūrų komitetams (komisijoms). Išorinį vertinimą vykdo Studijų kokybės ir vertinimo centras, tačiau mechanizmo, kaip užtikrinti pokyčių tęstinumą, nėra.

19,7% apklaustų rezidentų teigė sutinkantys, kad jų specialybės rezidentūra organizuojama taip, kaip jiems atrodo geriausiai. To paties klausimo paklausus rezidentų vadovų, triskart daugiau respondentų (60,5%) buvo tos pačios nuomonės. Toks rezidentų ir jų vadovų nuomonių skirtumas rodo, kad nors suinteresuotos šalys ir turi idėjų, kaip turėtų atrodyti studijų programos, šiuo metu trūksta pakankamai kokybiškos terpė diskusijoms ir jų metu kilusioms problemoms spręsti.²

² Ši teksto dalis buvo pakeista 2019 metų sausio 4 dieną.

Mano specialybės rezidentūra organizuojama taip, kaip, mano nuomone, yra tinkamiausia



“Nėra jokios organizacijos. Jokios programos, jokio reikalavimų sąrašo. Mes tiesiog darome tai, ką darė ankstesni rezidentai.”

“Yra mokymo programa, tačiau realybėje, mes visko neišmokstame (tai priklauso, nuo to, kokio dydžio yra ligoninė). Nėra lygybės tarp rezidentų: vieni atlieka daugiau procedūrų, nei kiti, rezidentams vyrams leidžiama operuoti daugiau, nei moterims, nepaisant tų pačių studijų metų.”

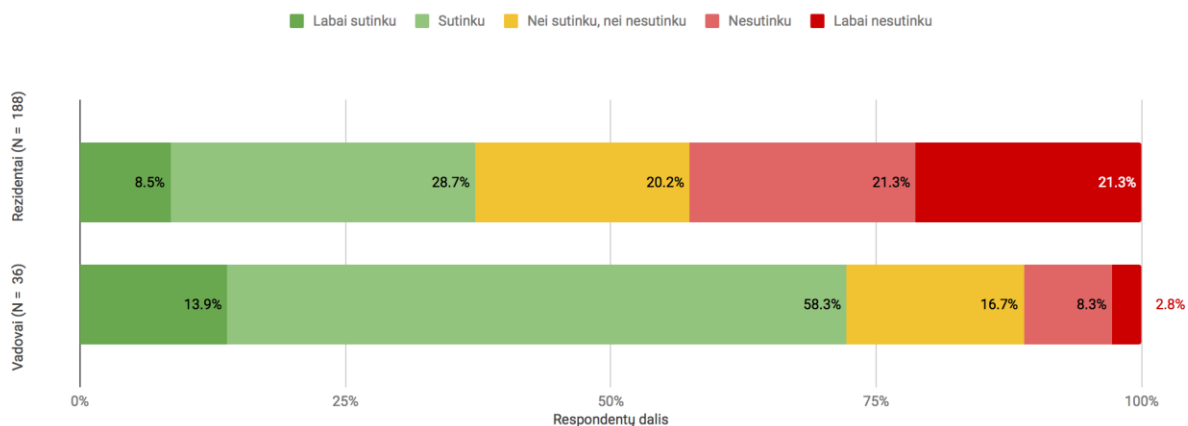
Didelės dalies aukščiau išvardintų neatitikimų standartams galima būtų išvengti užtikrinant efektyvią Rezidentūros programos komiteto (komisijos) veiklą. Siekiant užtikrinti, kad dokumentuose aprašyta situacija kuo labiau atitiktų realią, siūloma gerinti vidinio kokybės vertinimo procesą - didinti žmogiškuosius išteklius, pvz. įkurti atskirą nešališką organą universiteto viduje, atsakingą už nuolatinę rezidentūrų programų komitetų (komisijų) veiklos peržiūrą,

- Įdiegti saugiklius, leisiančius užtikrinti komiteto veiklos kokybę (pvz. Įvesti kriterijus rezidentūrų komitetų (komisijų) vadovams, numatyti kriterijus vadovo nušalinimo procedūrai, įvesti vadovų rotacijas).
- Į rezidentūrų komitetų (komisijų) sudėtį įtraukti išorinius ekspertus skaidrumui užtikrinti.

- Sistemiskai atnaujinti visas rezidentūrų programas, įtraukiant visas suinteresuotas šalis.
- Įdiegti rezidento dienyną, kurioje rezidentas fiksuotų realias atliktas ir stebėtas procedūras bei kitus veiksmus. Tokie dienynai progreso sekimui jau dabar naudojami kai kuriose studijų programose, tačiau juose fiksuojama informacija galėtų būti išnaudojama geriau. Pradėjus sekti realias rezidentų kompetencijas, vertėtų sukurti sistemą kompetencijų spragų identifikavimui, jų priežasčių išaiškinimui ir tolesnių veiksmų planavimui (pavyzdžiui, identifikavus resursų trūkumą tam tikriems ciklams rezidentus išsiųsti į kitas rezidentūros bazes).
- Viešinti vidinės ir išorinės kokybės patikros rezultatus ir pagal rekomendacijas įvykčius pokyčius.

Pasak PMEF standartų, rezidentui suteikiamas atsakomybės laipsnis turėtų didėti kartu su įgijama patirtimi. Remiantis LR Medicinos praktikos įstatymu, rezidentas įgyja kompetenciją įvykdęs visą ar dalį rezidentūros programos. SAM ministro įsakymas „Dėl rezidento pavyzdinių pareiginių nuostatų“ bei VU ir LSMU rezidentūros studijų reglamentai skirsto rezidentus į jaunesnius ir vyresnius rezidentus priklausomai nuo mokymosi metų, tačiau savarankiškumo laipsnis skirtingose rezidentūrose gali būti nevienodas, nes priklauso nuo rezidento vadovo ir to, kiek atsakomybių jis priskiria konkrečiam rezidentui. Paklausus respondentų ar didėjant žinioms ir patirčiai didėja rezidentų atsakomybė, 63,4% vadovų ir 31,8 % rezidentų atsakė teigiamai.

Rezidentų savarankiškumo ir atsakomybės laipsnis auga priklausomai nuo įgijamų žinių, įgūdžių ir patirties.



“Didžiąja dauguma atvejų atsakomybės laipsnis kinta labai mažai ir priklauso nuo gydytojo, su kuriuo dirbi.”

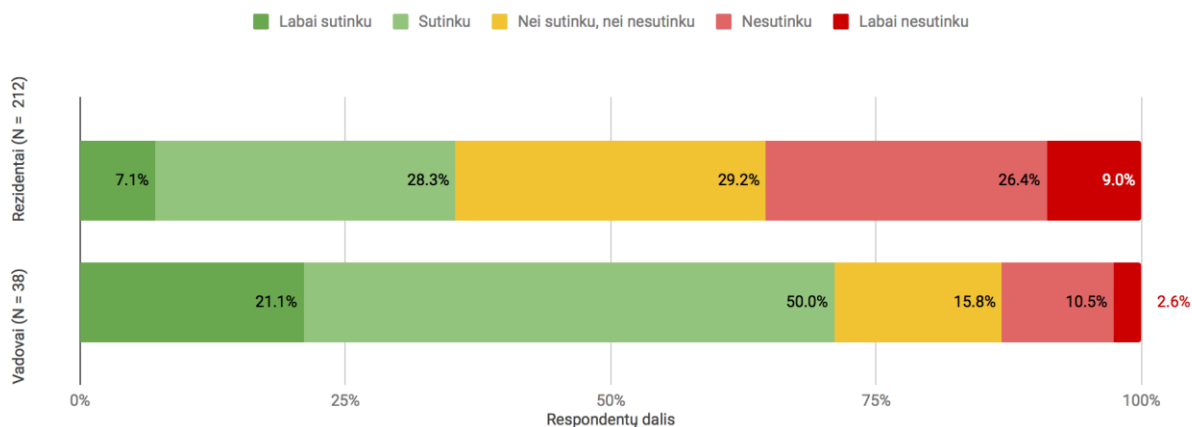
“[Atsakomybės didėjimo procesas] vyksta natūraliai vadovams tave pažįstant ir pasitikint; nėra objektyvių etapų, kuriuos turime praeiti.”

Nuo 2019 metų įsigaliojus LR Medicinos praktikos įstatymo pakeitimu nustatytam pakopinių kompetencijų modeliui, rezidentams įrodžius savo kompetenciją bus suteikiama galimybė dirbti savarankiškai, tokiu būdu su įgyjama patirtimi augant ir atsakomybei.

Rezidentų priėmimas

Pasak PMEF standartų, rezidentų priėmimo procesas turėtų remtis iš anksto numatytais kriterijais, būti skaidrus ir grįstas lygiateisiškumo principais. Rezidentų atrinkimo tvarka aprašyta LR nutarime “Dėl gydytojų rengimo” bei VU ir LSMU Rezidentūros reglamentuose, tačiau šiuose dokumentuose yra pateikiamos tik gairės apie priėmimo tvarką, už kurias yra atsakingos universiteto struktūros. Kiekvienas universitetas nustato savo vertinimo sistemą atrenkant kandidatus (pavyzdžiui, pagrindinio egzamino įvertinimas, pažymių vidurkis ir mokslinių pasiekimų įvertinimas yra visada įtraukiamas į įvertinimą, tačiau motyvacinio pokalbio vertinimo tvarka, nors abiejuose universitetuose egzistuoja šio pokalbio vertinimo gairės, neretai skiriasi priklausomai nuo rezidentūros programos). Stojamojo balo sudėtis, ypač mokslinės veiklos vertinimas ir motyvacinis balas, yra dažnai kritikuojama ir dėl to nuolat tobulinama, siekiant galutinio susitarimo tarp suinteresuotų šalių. Atliktoje apklausoje atsispindi skirtumai tarp rezidentūros programų dėl skaidrumo suvokimo - kai kurie galvoja, kad atranka vyksta skaidriai (34,1 % rezidentų ir 65,8 % vadovų), tačiau didelė dalis respondentų (34,1 % rezidentų ir 12,2% vadovų) tiki, kad pirmumas yra suteikiamas, pavyzdžiui, vyriškajai lyčiai arba tiems, kurių giminės dirba toje srityje. Taip pat atkreiptinas dėmesys, jog nėra lygybės ir tarp kandidatų baigusius skirtingus universitetus - pavyzdžiui, Vilniaus universiteto alumnas dažniausiai gaus gerokai mažesnę įvertinimą motyvacinio pokalbio metu LSMU.

Rezidentų stojimo į rezidentūrą procesas yra skaidrus ir sąžiningas

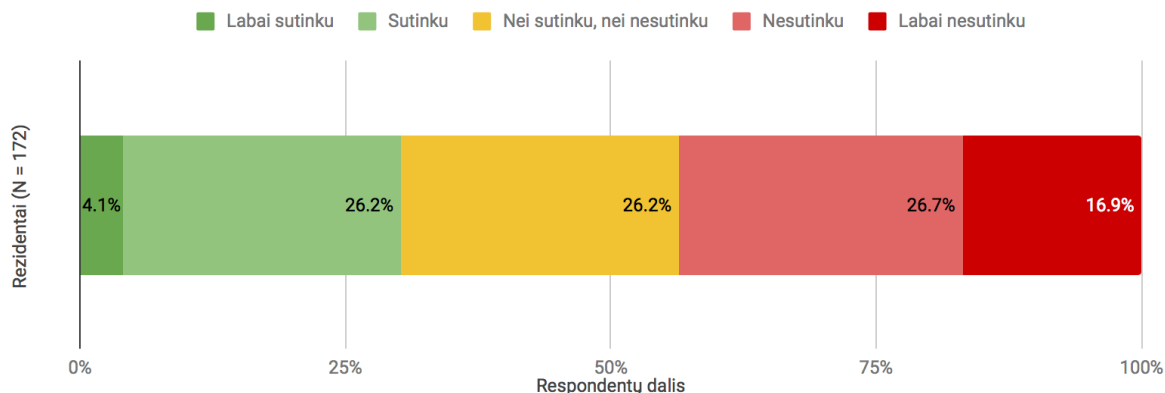


“Motyvacinio pokalbio metu skiriami balai stipriai priklauso nuo to, ką priėmimo komisija nori matyti rezidentūroje. Kai kurios rezidentūrų vietos yra “kažkam pažadėtos”, dėl ko kiti kandidatai gauna mažesnius įvertinimus. Priklausomai nuo rezidentūros programos, stojant į rezidentūrą kitame universitete, negu baigė vientisąsias studijas, gali būti sudėtinga gauti gerą įvertinimą.”

“Kai kuriais atvejais akivaizdu, kad motyvacinis balas priklauso nuo šeimyninių ryšių, o ne nuo asmens gebėjimų.”

Pasak PMEF standartų, stojimo į rezidentūrą ir mokymosi joje metu turėtų būti laikomasi lygiateisiškumo principų, tačiau lygybės svarba nėra pabrėžiama nei viename iš rezidentūras Lietuvoje reglamentuojančių dokumentų. Paklausus rezidentų, ar su jų kolegomis buvo elgiamasi vienodai, garbingai ir ar jų teisės nebuvo pažeistos, 43.6% respondentų atsakė neigiamai arba labai neigiamai. Panašu, kad dalis diskriminuojančio elgesio yra seksistinio pobūdžio:

Rezidentūros metu su manimi ir mano kolegomis rezidentais elgiamasi vienodai, mūsų teisės nėra pažeidžiamos



"Vaikinams rezidentams yra leidžiama daugiau operuoti nei merginoms rezidentėms"

"Aš sakyčiau, kad stipriai pritariu minėtam teiginiui, jeigu ne chirurgijos ciklas. Vyrų gydytojai ten vis dar turi "sovietinį mentalitetą" ir jie dažnai kabinėjasi prie jaunų merginų rezidenčių, svaidosi nederamomis frazėmis, bando jas pagriebti koridoriuose."

Abiejuose universitetuose teikiama psichologinė pagalba studentams, tačiau konkrečiai seksualinio priekabiavimo atvejais profesionalių psichologų ir teisininkų pagalba prieinama tik Vilniaus universitete.

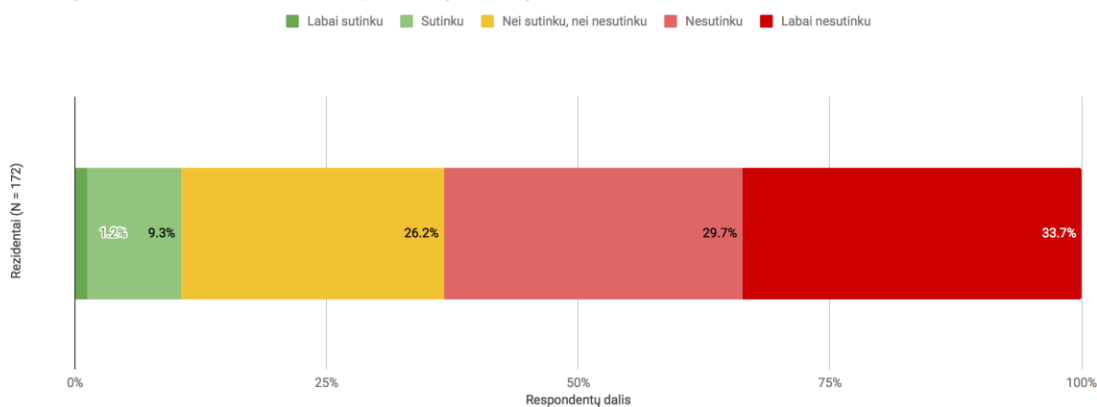
Siekiant išvengti minėtų problemų, rekomenduojama:

- Siekti maksimalaus skaidrumo, laikytis universitetų numatytų motyvacinio pokalbio gairių, į rezidentūrų priėmimo komisijų sudėtį įtraukti nešališkus atstovus iš kitų rezidentūros programų ar kitų suinteresuotų institucijų, pvz., ministerijų.
- Universitetų rezidentūros studijų reglamentuose skatinti priėmimo į rezidentūrą ir rezidentūros studijų procesą vykdyti remiantis lygiateisiškumo principais nepriklausomai nuo rasės, lyties, religijos ir kitų aspektų.
- Jei nėra, sukurti ir viešai skelbti universitetų ir rezidentūros bazių politiką seksualinio priekabiavimo klausimais, platinti informaciją apie teikiamą pagalbą nukentėjusiesiems.

Rezidentų skaičius ir rezidentūros bazės

Pasak PMEF standartų, rezidentų skaičius bazėse turėtų būti susijęs su rezidentų vadovu skaičiumi ir galimybėmis gauti klinikinės praktikos. Lietuvoje didžioji dauguma rezidentų mokymo proceso vyksta universitetinėse ligoninėse, kuriose dėl didelio rezidentų skaičiaus ir gerųjų vadybos praktikų trūkumo rezidentų skaičius skyriuose dažnai būna per didelis arba per mažas, dėl ko įgyjama nevienodai patirties. Kitos sveikatos priežiūros institucijos, norėdamos tapti rezidentūros bazėmis, privalo pateikdamos dokumentus įrodyti galinčios suteikti sąlygas rezidentams įgyti reikiamų kompetencijų, tačiau ne visos bazės geba šiuos įsipareigojimus vykdyti. Paklausus rezidentų, ar skirtingose rezidentūros bazėse užtikrinama tokia pati mokymo kokybė, 63,4% rezidentų atsakė neigiamai.

Skirtingose bazėse užtikrinama tokia pati mokymo kokybė



“Labai labai labai stipriai skiriasi. Kai kurie skyriai orientuoti į edukaciją, kiti linkę išnaudoti rezidentus kaip nemokamą darbo jėgą.”

Pasak PMEF standartų rezidentai turėtų turėti teisę iki tam tikro lygio pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ar jos dalį, kurioje norėtų atlikti rezidentūrą ar jos dalį. Rezidentūros bazių sąrašai yra numatomi rezidentūrų programų aprašuose, tačiau sprendimą rezidentą išleisti ten mokytis priima rezidentūros koordinatorius. Dėl šios priežasties kai kurių specialybių rezidentų judėjimo laisvė yra apribota, nes priklauso nuo koordinatoriaus požiūrio į rezidentų judumą.

Siekiant užtikrinti rezidentų judumą ir galimybes įgyti kompetencijų, rekomenduojama:

- Tiksliau apskaičiuoti, kiek rezidentų gali priimti kuris skyrius ir bazė, apibrėžti konkrečius kriterijus (pvz., rezidentų vadovų skaičių skyriuje), neviršyti nustatytų kvotų.
- Siekiant užtikrinti rezidentūros bazėse vykdomo mokymo proceso kokybę, sukurti grįžtamojo ryšio sistemą tarp rezidento, rezidentūros bazės ir universiteto, nes šiuo metu nėra nurodoma, kiek ir kokių studijų programos tikslų rezidentas pasiekė konkrečioje bazėje.
- Plėsti rezidentūros bazių tinklą, suteikiant rezidentams sąlygas įgyti pakankamai patirties, supaprastinti įsidarbinimo jose procedūrą.
- Sprendimo keisti rezidentūros bazę galią skirti ne rezidentūros koordinatoriui, o Rezidentūros komitetui (komisijai).

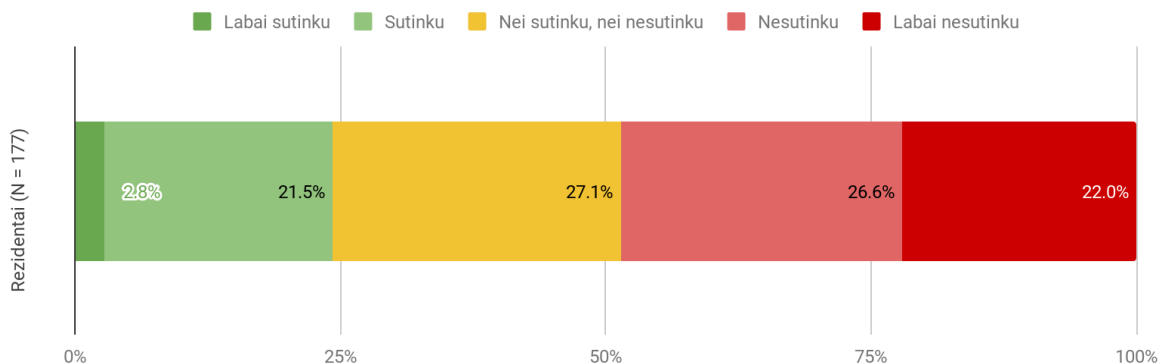
2. Mokymo kokybė, kompetencijų vertinimas ir grįžtamasis ryšys

Minkštosios kompetencijos

Pasak PMEFA standartų, pabaigęs rezidentūrą jaunas gydytojas turėtų išmanyti visus sveikatos priežiūros sistemoje reikalingus savo profesijos aspektus - specifines medicininės žinias ir įgūdžius bei bendrąsias kompetencijas. Analizuojant skirtingas rezidentūros programas stebima, kad kiekvienai rezidentūrai reikalingos medicininės žinios ir gebėjimai yra apibrėžiami atskirai, tačiau minkštosios kompetencijos - darbas komandoje, požiūris į pacientą, empatija, ilgalaikis mokymasis ir kt. - rezidentūrų programų aprašuose yra panašios. Remiantis apklausa galime teigti, kad šiuo metu didelė dalis klinikų ir skyrių netaiko sisteminių metodų, skirtų mokyti tiek būtinųjų medicininių įgūdžių, tiek minkštųjų kompetencijų. Cituojant vieną apklausoje dalyvavusį rezidentą: "Minkštosios kompetencijos dažniausiai ignoruojamos, daugiausiai dėmesio skiriama medicininei patirčiai/išsilavinimui".

Pasak PMEFA standartų, rezidentūros metu gydytojai turėtų išmokyti teikdami sveikatos priežiūros paslaugas atsižvelgti į pacientų ir jų artimųjų lyties, rasės ir religijos bei kitų aspektų nulemtus niuansus, tačiau, apklausos duomenimis, rezidentams trūksta patirties ir žinių šioje sferoje. 48.6% apklaustų rezidentų nesutiko arba labai nesutiko su teiginiu, kad yra pasiruošę tinkamai atsižvelgti į šiuos pacientų rūpybos aspektus.

Rezidentai yra pasiruošę atpažinti ir tinkamai reaguoti į pacientų lyties, kultūros ir religinių aspektų nulemtus niuansus.

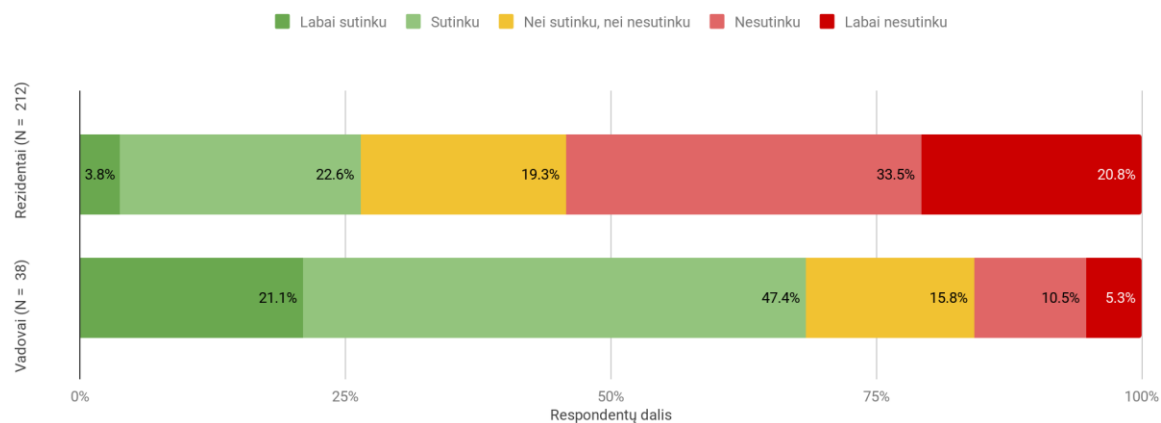


“Mūsų visuomenė iki šiol yra pakankamai vienalytė, todėl bendraujant su skirtingų kultūrų, o ypač religijų, žmonėmis, mums trūksta patirties”.

“[Gebėjimas atpažinti ir tinkamai reaguoti į lyties, rasės ar religijos nulemtus niuansus] priklauso tik nuo tavęs, jei esi turėjęs patirties užsienyje arba daug skaitei šia tema”.

Gydytojai taip pat turėtų gebėti dirbti komandoje su kitais sveikatos priežiūros specialistais, tačiau paklausti, ar komandiniam darbui su kitais gydytojais jų rezidentūros metu yra skiriamas pakankamas dėmesys, 54,3% respondentų nesutiko arba labai nesutiko su šiuo teiginiu.

Rezidentūrų metu pakankamas dėmesys yra skiriamas komandinio darbo su kolegomis įgūdžių ugdymui.

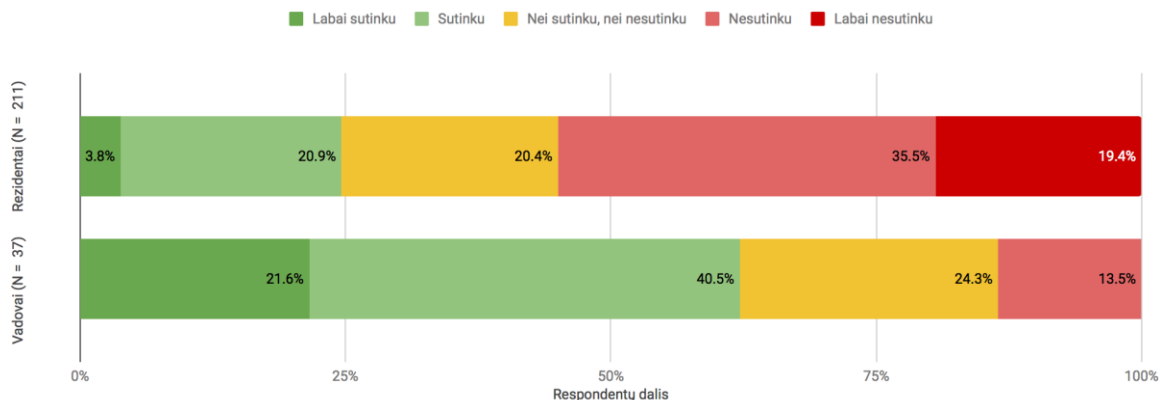


“Kol kas ne. Nedaugelis yra orientuoti į komandą. Didžioji dauguma rezidentų dirba individualiai, galimybių mokytis komandinio darbo yra nedaug. Mano nuomone, akademinis personalas neturi pakankamai žinių šia tema (žinoma, yra ir išimčių).”

“Komandinio darbo išmoksti iš patirties arba neišmoksti išvis.”

Paklausus panašaus klausimo apie gebėjimą dirbti komandoje su kitais sveikatos priežiūros specialistais (ne gydytojais), 54,9% rezidentų nesutiko arba labai nesutiko su šiuo teiginiu.

Rezidentūrų metu pakankamas dėmesys yra skiriamas komandinio darbo su kitais sveikatos priežiūros specialistais (slaugytojomis, akušerėmis, psichologais, techniniu personalu) įgūdžių ugdymui.



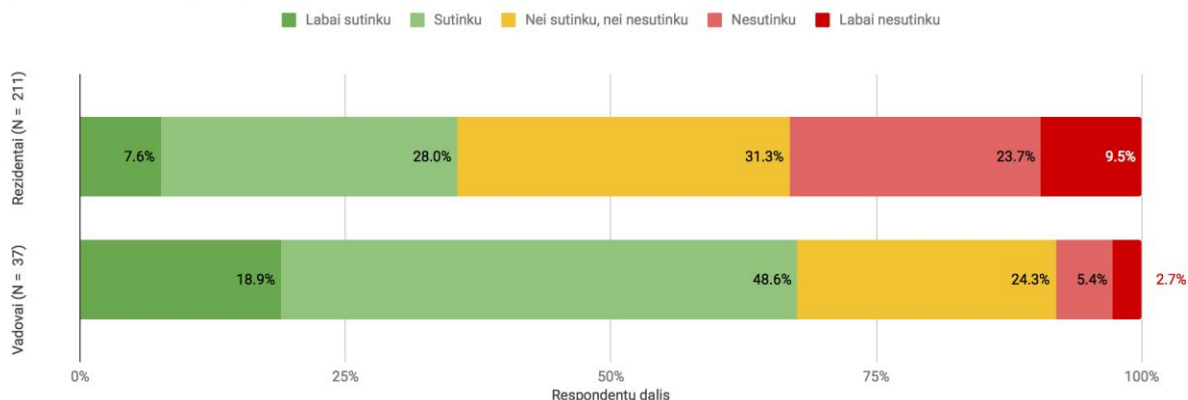
“Mano specialybėje labai svarbus komandinis darbas, praleidžiame daug laiko diskutuodami, tačiau negaliu pasakyti, kad komandinio darbo mus kažkas mokė. Viskas atėjo “natūraliai”, niekas šių įgūdžių nemokė.

Vienas rezidentų vadovas taip pat dalinosi nuomone:

“Mano galva, [komandinio darbo] lygis yra pakankamai žemas su keliomis išimtimis. Nevyksta komandos susitikimai, diskusijos. Diskutuojama viduje - gydytojas su gydytoju (dažniausiai, su keliomis išimtimis), arba slaugytojos su slaugytojomis.”

Pasak PMEF standartų, rezidentūra turėtų paruošti gydytojus, pasiryžusius mokytis visą gyvenimą. Panaši dalis rezidentų sutiko, nesutiko ir neturėjo nuomonės šiuo klausimu, tačiau net 65,7% rezidentų koordinatorių ir vadovų su šiuo klausimu sutiko arba labai sutiko.

Rezidentūrų metu rezidentai ruošiami mokytis visą gyvenimą ir dalyvauti tęsiniame medicininės edukacijos ir profesinio tobulėjimo procese

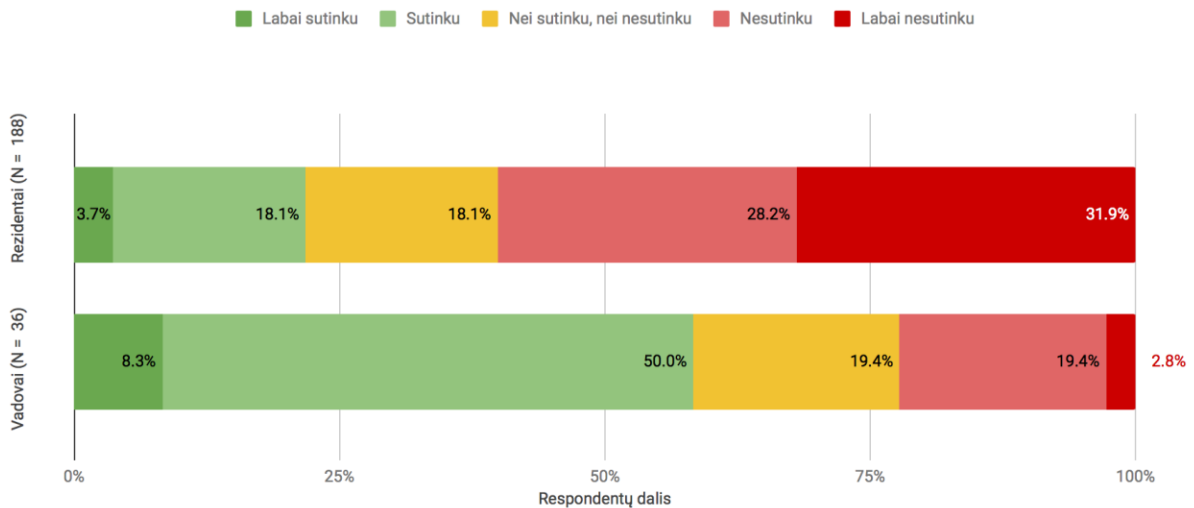


“Jie pasiryžę mokytis, nes informacijos, kurią išmokstame, nepakanka norint iškart pradėti dirbti savarankiškai.”

“Mokymasis visą gyvenimą priklauso nuo tavo pastangų.”

Pasak PMEF standartų, rezidentams turėtų būti suteiktos darbo sąlygos, leidžiančios palaikyti jų sveikatą. Fizinės ir psichinės sveikatos palaikymo ir gerinimo svarba nėra pabrėžiama jokiuose rezidentūras reglamentuojančiuose dokumentuose. Paklausus rezidentų, ar jų darbo sąlygos leidžia jiems palaikyti fizinę ir psichikos sveikatą, 60% respondentų nesutiko arba labai nesutiko su šiuo teiginiu.

Rezidentams suteikiamos tinkamos darbo sąlygos palaikyti psichinę ir fizinę sveikatą



“Kadangi rezidentūros metu darbo valandos (oficialiai) yra sąlyginai trumpos, taip. Tačiau dauguma rezidentų turi kitus darbus ir atsakomybių, todėl yra pervargę. Nežinau žmogaus ar institucijos, į kurią rezidentas galėtų kreiptis susidūręs su psichikos sveikatos problemomis. Fizinė sveikata rūpintis taip pat nelengva - norint pasiskiepyti nuo gripo reikia būti užsispyrusiam ir įdėti daug pastangų.”

“Rezidentai universitetinėse ligoninėse nelaikomi vienodas teises su kitais turinčiais darbuotojais, nes ligoninė nemoka jiems algų (pinigai rezidentų algoms atkeliauja iš Sveikatos apsaugos ir Švietimo ir mokslo ministerijų). Dėl to, priklausomai nuo skyriaus, rezidentams nesuteikiamos darbo, poilsio vietos (pvz., lova poilsiui budėjimo metu), darbo įrankiai (kompiuteriai).”

Rezidentų vadovas/koordinatorius:

“Daug viršvalandžių. Darbas neblogas, tačiau organizuotas labai chaotiškai, gali tekti neplanavus dirbti viršvalandžius.”

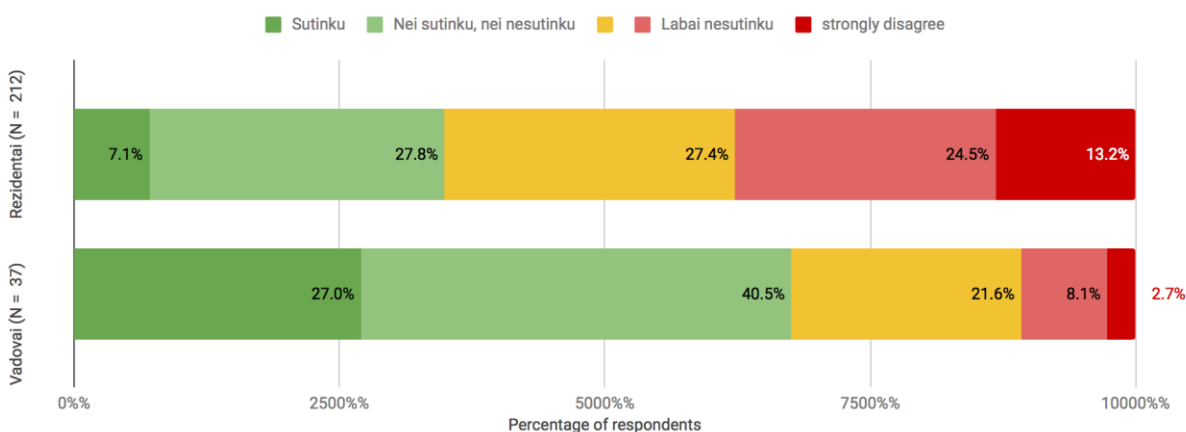
Pasak PMEF standartų, rezidentūros metu gydytojai turėtų teoriniu būdu arba iš praktikos išmokyti biomedicininių, socialinių mokslų pagrindų, prevencinės medicinos, visuomenės

sveikatos, alternatyvios medicinos pagrindų, medicinos teisės, etikos ir vadybos, komunikacijos įgūdžių, gebėjimo rūpintis savimi bei pacientų saugos. Lietuvoje dalies šių disciplinų yra mokomasi ikidiplominių studijų metu, tačiau dalis rezidentų jaučia žinių trūkumą šioje srityje.

“<Mano specialybės rezidentūros> programa yra ganėtinai gera, tačiau trūko seminarų apie mano specialybei reikalingas teisines žinias, medicininės dokumentacijos pildymo taisykles.”

Paklausus respondentų ar rezidentūros metu kreipiamas pakankamas dėmesys kompetencijų išlaikymui, etiškam elgesiui, altruizmui, empatijai, tarnystei kitiems, profesionalumo standartų laikymuisi, atsižvelgimui į pacientų saugą, 37,7% rezidentų nesutiko arba labai nesutiko su šiuo teiginiu, o 67,5% rezidentų koordinatorių ir vadovų su tuo pačiu teiginiu sutiko arba labai sutiko.

Rezidentūros metu kreipiamas dėmesys į gydytojų profesionalumo aspektus: mokymosi visą gyvenimą ir kompetencijų išlaikymo įgūdžius, etišką elgesį, altruizmą, empatiją, tarnystę kitiems, profesionalumo kodeksų laikymąsi, dėmesį pacientų saugai

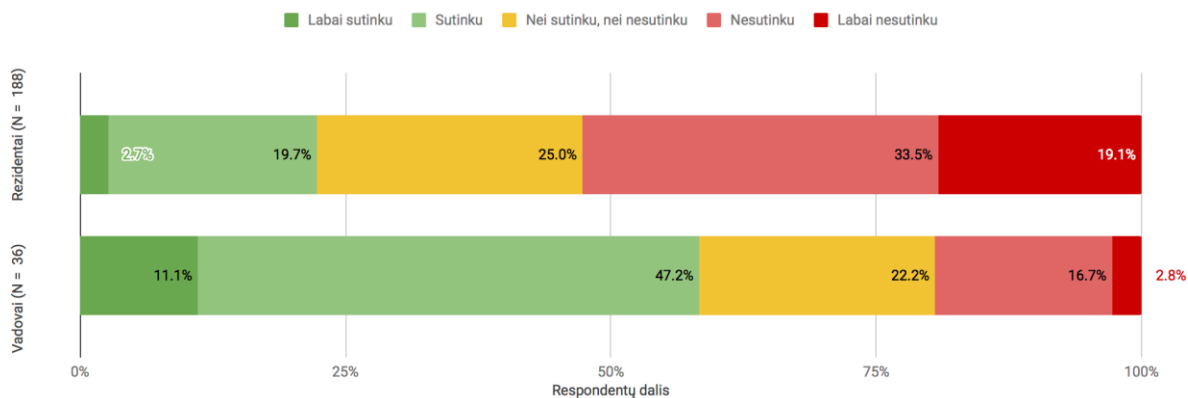


“Čia išvardintos problemos dažnai sprendžiamos retrospektyviai, problemoms atsiradus ar susikaupus. Etika, empatija, profesionalumo standartai dažniausiai ignoruojami. Žinoma, pavieniai vadovai kartais šiuos aspektus akcentuoja, bet sistemingai dėmesys tam neskiriamas.”

Komunikacijos įgūdžiai dažnai minimi rezidentūros studijų programose, tačiau paklausus, ar rezidentūros metu yra skiriamas sisteminis dėmesys bendravimo įgūdžių vystymui, 52,6%

rezidentų nesutiko arba labai nesutiko su šiuo teiginiu, o 58,3% rezidentų koordinatorių ir vadovų su tuo pačiu teiginiu sutiko arba labai sutiko.

Rezidentūros metu sistemaiškai vystomi rezidentų bendravimo su kolegomis, kitais sveikatos priežiūros specialistais, pacientais ir jų giminaičiais įgūdžiai.



“Teoriškai [komunikacijos įgūdžiai] greičiausiai įrašyti į programą, bet neatsimenu, kad mane kažkas to būtų mokę, rezidentai moko kitus rezidentus.”

“Negirdėjau, kad mano šalyje būtų mokoma komunikacijos įgūdžių. Mes palikti vieni. Šie įgūdžiai medicinoje labai svarbūs, visi gydytojai neturėdami pakankamai žinių susiduria su sunkumais.”

Nuo 2019 metų įsigaliojus pakopinių kompetencijų koncepcijai, apie šių ir kitų minkštųjų kompetencijų svarbą Lietuvoje kalbama vis daugiau. Siekiant užtikrinti visapusišką pacientų poreikius atliepančių gydytojų ruošimą, rekomenduojame užtikrinti sistemingą bendrųjų kompetencijų mokymą visiems be išimties rezidentams, atskirose studijų programose gilinantis į kiekvienai specialybei svarbius niuansus, taip pat atsižvelgti į pacientų poreikius į darbo grupes įtraukiant pacientų organizacijų atstovus. Galimos minkštosios kompetencijos:

- Komunikacijos įgūdžiai
- Vadybiniai gebėjimai
- Grįžtamojo ryšio teikimas
- Mokymasis mokytis, skatinant "mokymosi visą gyvenimą" principą

- Rūpestis savo fizine ir psichine sveikata
- Mokymasis atpažinti ir tinkamai reaguoti į kultūros, lyties, religijos ar kitų veiksnių sąlygotus bendravimo su pacientais ir jų artimaisiais niuansus.
- Gilesnis medicinos teisės išmanymas
- Gilesnis medicinos etikos išmanymas.
- Alternatyviosios medicinos pagrindai

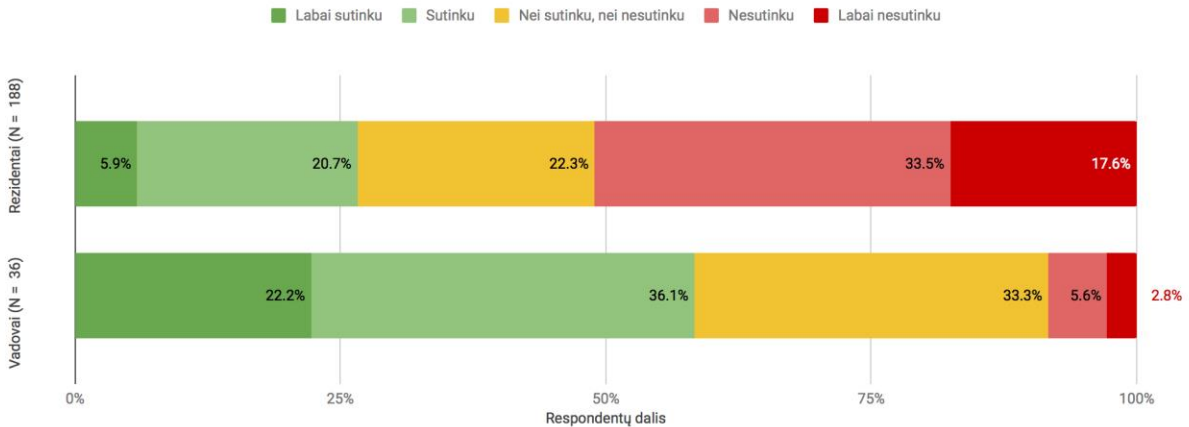
Grižtamasis ryšys

Viena iš svarbiausių minkštųjų kompetencijų siekiant užtikrinti efektyvų rezidento įgūdžių vertinimą bei ugdyti pozityvią mokymosi kultūrą apskritai, yra savalaikio, konstruktyvaus grįžtamojo ryšio teikimas.

Šiuo metu tiek VU, tiek LSMU rezidentūros studijų reglamentai nurodo, jog rezidento pasiekimus kiekvieno ciklo pabaigoje apibendrina jo vadovas, kuris turėtų įvertinti rezidento žinias rašydamas jam charakteristiką. Tokia metodika neužtikrina, jog grįžtamasis ryšys bus suteiktas laiku, taip pat nesuteikia rezidentui galimybės reguliariai įvertinti savo žinių bei sugebėjimų. Daugelyje klinikų naudojamos vertinimo metodikos (egzaminai, testai, seminarai) dažniausiai koncentruojasi į teorines žinias, tačiau neretai neatsižvelgia į praktinius įgūdžius, o ypač į minkštąsias kompetencijas, reikalingas gydytojo darbe.

Iš kitos pusės, daugelyje rezidentūros programų pabrėžiama grįžtamojo ryšio svarba, yra tam numatyti metodai. Vis dėlto, remiantis atlikto tyrimo duomenimis bei respondentų komentarais, reali situacija skiriasi nuo aprašytos dokumentuose – tik maža dalis rezidentų (22,7 %) teigė, jog gauna užtektinai grįžtamojo ryšio, o ir jis dažnai būna atsitiktinis bei nekonstruktyvus.

Rezidentai yra nuolat priežiūrimi, vertinami, jiems teikiamas grįžtamasis ryšys, tokiu būdu padedant jiems tapti profesionaliais savo srities specialistais



“Grįžtamasis ryšys dažniausiai nėra konstruktyvus, o labai emocingas ir neigiamas. Teigiamo grįžtamojo ryšio nėra.”

“Vos keli gydytojai pakomentavo konkrečiai ko iš manęs nori/tikisi/ko trūksta, daug gydytojų baigus ciklą apibendrina mano darbą, tačiau kai kur buvau tiesiog žmogus, kuris atėjo ir po mėnesio išėjo.”

“Kiekvieno ciklo pabaigoje gydytojas turėdavo raštu duoti grįžtamąjį ryšį apie mūsų darbą, bet niekas į tai rimtai nežiūrėjo.”

Rezidentų vadovas:

“Jokio grįžtamojo ryšio! Jokio “debriefingo”! Jokios konstruktyvios kritikos!”

Taip pat nėra ir sistemingo grįžtamojo ryšio teikimo rezidentų vadovams bei kryptingos jo vystymo vizijos, pvz., ankstesni LSMU podiplominių studijų centro bandymai įvesti EFFECT metodiką rodė teigiamus rezultatus, tačiau šiuo metu yra sustabdyti dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo. Šiuo metu nėra numatytų procedūrų lūkesčių neatitinkančių vadovų kompetencijų tobulinimui ar, nušalinimui - šie sprendimai paliekami Rezidentūros komitetams (komisijoms).

Siekiant pagerinti grįžtamojo ryšio kultūrą rezidentūros studijų metu, tikslinga sukurti ir sistemingai diegti sistemą, kuri padėtų nuolat teikti savalaikį ir konstruktyvų grįžtamąjį ryšį rezidentams apie jų pasiekimus, objektyviai įvertinti rezidentų vadovų ir koordinatorių darbą bei suteikti abiejoms pusėms galimybę tobulėti.

Tam būtina:

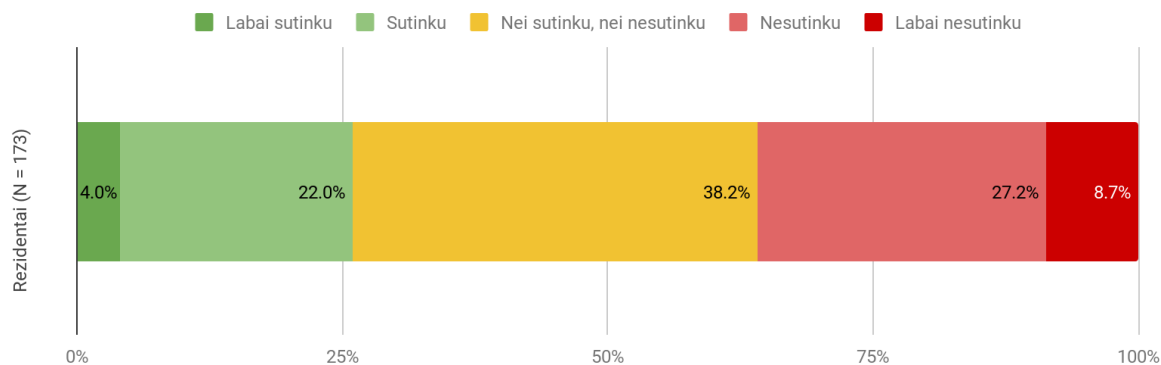
- Apmokyti visus grįžtamojo ryšio proceso dalyvius konstruktyvios kritikos teikimo metodų (šią kompetenciją įtraukti į rezidentūrų programas ir rezidentų vadovų mokymus).;
- Atkreipti sisteminių dėmesį į rezidentų vadovų ir koordinatorių pedagoginius gebėjimus, juos įtraukti į reikalavimų vadovams sąrašą bei nuolat juos gerinti, didinti atlyginimus už pedagoginį darbą, mokymui skirtą laiką įtraukti į darbo sutartis, mažinti sistemine biurokratijos našta taip atlaisvinant laiko mokymui.
- Sukurti procedūras, leidžiančias imtis veiksmų priklausomai nuo grįžtamojo ryšio rezultatų, įskaitant studijų programų tobulinimą, rezidentų vadovų pedagoginių kompetencijų gilinimą ar, esant reikalui, nušalinimą.

Edukacinės kultūros skatinimas

Pasak PMEF standartų, rezidentų vertinimo principai, tikslai ir metodai turėtų būti apibrėžti, aiškiai suformuluoti bei viešai skelbiami, vertinimo metodai turėtų vertinti įvairiapusį rezidento pasiruošimą dirbti sveikatos priežiūros sistemoje, o šių metodų patikimumas, validumas ir sąžiningumas turėtų būti nuolat tikrinamas. Naudojami vertinimo metodai turėtų atitikti studijų siekinius ir užtikrinti, kad rezidentai juos pasiektų. Rezidentų vertinimo metodika yra apibrėžiama LR Vyriausybės nutarime "Dėl gydytojų rengimo" ir universitetų Rezidentūros reglamentuose, tačiau šiuose dokumentuose numatoma tikta baigiamojo rezidentūros egzamino tvarka. Rezidentūros eigoje vykstantys tarpiniai įvertinimai aprašyti kiekvienos rezidentūros programos aprašuose, dėl ko skirtingose rezidentūros programose skiriasi tiek tarpinių įvertinimų dažnumas, tiek jų forma, nors labiausiai paplitusia vertinimo forma išlieka teorinių žinių tikrinimas raštu. Naudojami vertinimo metodai sistemiskai nėra tikrinami - abiejuose universitetuose ši užduotis priskiriama Rezidentūrų komitetų (komisijų) kompetencijai, todėl taip pat priklauso nuo rezidentūros programos. Paklausus rezidentų, ar rezidentūros metu naudojami vertinimo metodai apima žinias, įgūdžius ir nuostatas, yra

organizuojami sąžiningai ir skaidriai bei atsižvelgiant į studijų siekinius, 35,9% respondentų su šiuo teiginiu nesutiko.

Rezidentūros metu naudojami vertinimo metodai apima žinias, įgūdžius ir nuostatas, yra organizuojami sąžiningai ir skaidriai bei atsižvelgiant į studijų siekinius



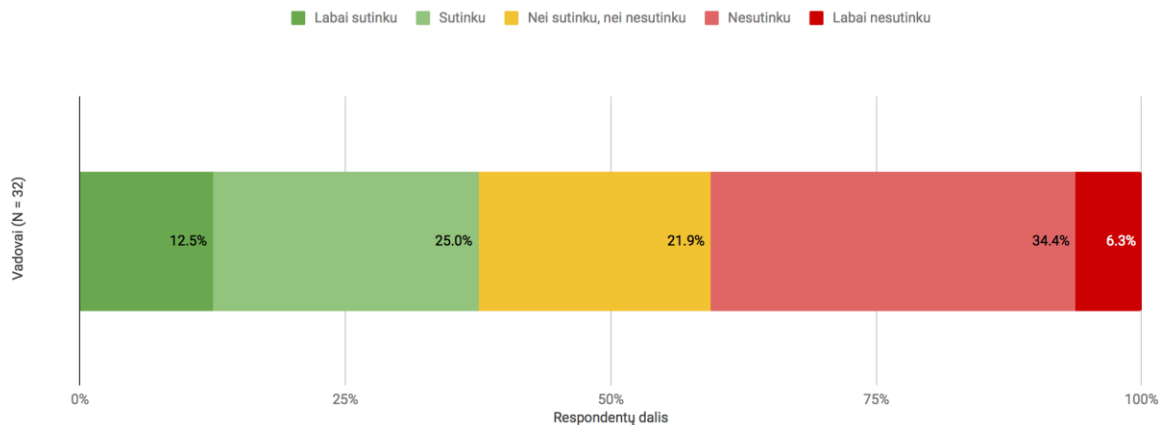
“Priklauso nuo klinikos. Kai kuriose egzaminai labai griežti ir skaidrūs, kitose - lengvi”.

“Vertinimas labai formalus, neteikia informacijos apie asmeninį tobulėjimą.”

“Vertinamos tik teorinės žinios (kaip ir ikidiplominėse studijose).”

Pasak PMEF standartų, rezidentų vadovai turėtų būti mokomi pedagoginių kompetencijų, tačiau Lietuvoje su rezidentais dirbančių gydytojų pedagoginiai įgūdžiai nėra sistemiskai ugdomi. Šiuo metu LSMU ir VU rezidentūrų reglamentuose nustatyta tvarka rezidentų vadovais gali tapti universiteto darbuotojai ir/arba gydytojai, turintys ne mažiau kaip penkerių metų klinikinio darbo stažą, o rezidentūros koordinatoriais universitetai skiria universiteto darbuotojus, turinčius arba neturinčius akademinio laipsnio. Sisteminio požiūrio į vadovų pedagoginį ruošimą trūksta, tačiau universitetuose rengiamos konferencijos ir dėstytojų mokymai, dėstytojai skatinami dalyvauti ir kitose institucijose organizuojamuose mokymuose. LSMU nuo 2016 m. reguliariai vykdo kasmetinę tarptautinę medicininės edukacijos konferencija “Diplomats for Life” bei “Edukacijos pavasario” renginius, skirtus dėstytojų edukacinės kompetencijos kėlimui. Paklausus respondentų, ar jie buvo mokomi būti rezidentų vadovais, 40,7% atsakiusių atsakė neigiamai.

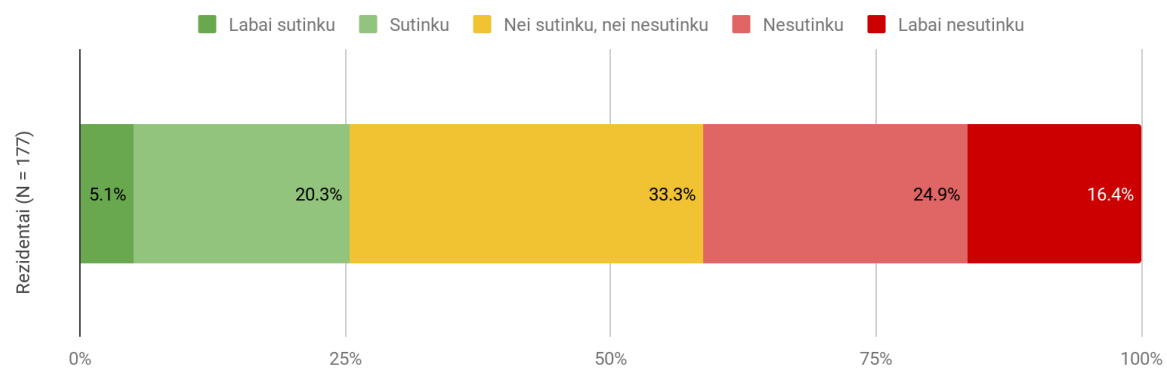
Aš buvau mokomas (-a) dirbti rezidentų vadovu (-e)



“<...> nebuvo mokomas būti rezidentų vadovu. Jei dirbi universitetinėje ligoninėje ir esi universiteto darbuotojas, esi rezidentų vadovas.”

Rezidentūros metu taip pat turėtų būti taikomi tinkami mokymo metodai. Deja, 40,3% apklaustų rezidentų nemano, kad tokie metodai yra taikomi bei teigia, kad mokymo kokybė stipriai priklauso nuo vadovo asmeninių savybių ir noro dalintis žiniomis bei pabrėžia pedagoginių gebėjimų trūkumą.

Vadovai naudoja tinkamus, teorinius ir praktinius rezidentūros komponentus apjungiančius mokymo metodus



“Kai kuriems vadovams trūksta žinių kaip dalintis informacija.”

“Priklauso nuo vadovo.”

Pasak PMEF standartų, rezidentūrų programos turėtų būti vykdomos pameistrystės principu ir būti orientuotos į rezidentą - stimuliuojančios ir įgalinančios rezidentą kritiškai žvelgti į savo

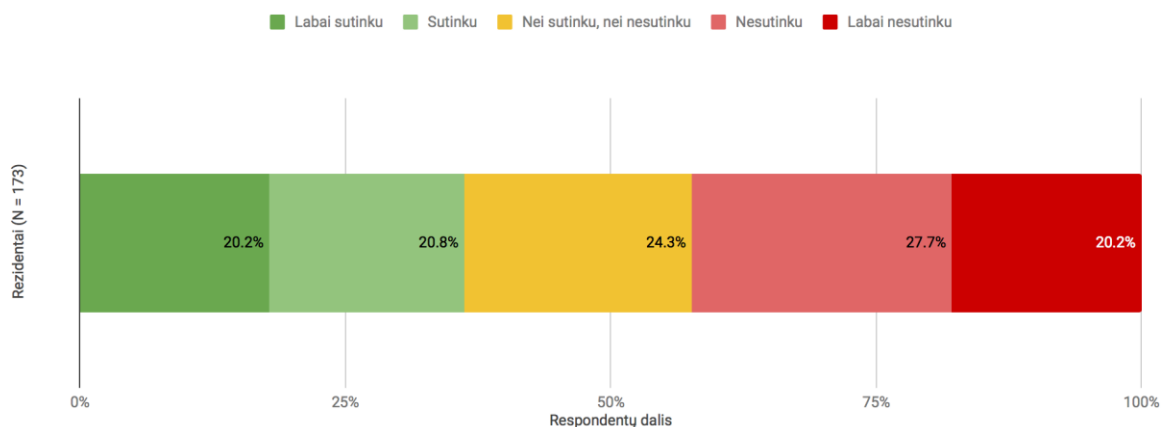
veiksmus bei prisiimti atsakomybę už savo mokymosi procesą. Rezidentūrose taip pat turėtų būti išlaikomas balansas tarp mokymosi ir klinikinio darbo. Nors rezidentūrų programų aprašuose skiriamas dėmesys nuolatiniam rezidento tobulėjimui ir yra numatytas laikas, kurį rezidentas turėtų skirti mokslui ir darbui, išsakydami savo apibendrintą nuomonę apie rezidentūras Lietuvoje, nemaža dalis rezidentų teigė, kad yra laikomi tik papildoma darbo jėga, atliekančia gydytojams nepatinkančius darbus.

“Rezidentūros orientuotos ne į rezidento, o į ligoninės poreikius. Daug laiko iššvaistoma su medicina nesusijusiems darbams, o rezidentai nėra laikomi lygiaverčiais gydytojais.”

“Teoriškai mes studentai ir darbuotojai, tačiau “studijavimo” dalis yra dažnai paliekama patiems rezidentams (rezidentai moko kitus rezidentus). Daugumoje skyrių rezidentai naudojami kaip pigi (iš tikro nemokama) darbo jėga, skirta popierių pildymui ir panašioms darbams (labai dažnas reiškinys chirurginiuose skyriuose). Esi įmetamas į darbo vietą ir turi pats išsiaiškinti, kaip ten dirbti, su minimalia pagalba iš vadovų. Daugumoje skyrių rezidentai dirba neapmokamus viršvalandžius, po parą trunkančio budėjimo toliau dirba skyriuje (dažnai tvarko popierius).”

Dalinai ši problema susijusi su Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje išsikerojusia biurokratija - gydytojams nemalonus, tačiau privalomas medicininės dokumentacijos tvarkymas užima daug laiko arba yra paliekamas rezidentams. Taip pat svarbu paminėti, kad dėl mažų atlyginimų didelė dalis gydytojų Lietuvoje dirba keliuose darbuose, dėl ko taip pat mažėja mokymui skirtas laikas. Paklausus rezidentų ar jų vadovai turi/turėjo laiko mokymui, 47,9% respondentų atsakė neigiamai, tačiau kai kurie pabrėžė, kad mokymui skirtas laikas taip pat priklauso ir nuo vadovo asmeninių savybių:

Mano vadovai turi/turėjo laiko mokymui ir vadovavimui



“Priklauso nuo vadovo - kai kurie skiria laiko net kai jo fiziškai nėra.”

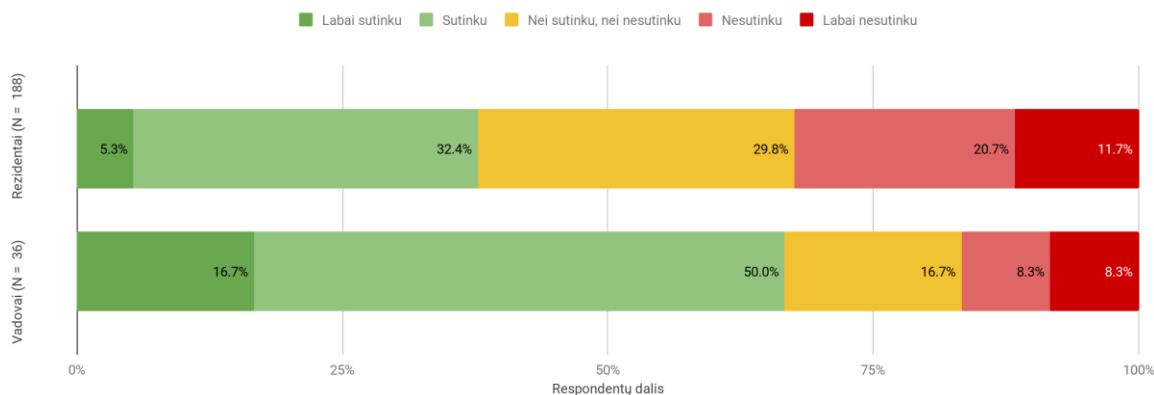
Siekiant užtikrinti mokymo kokybę, rekomenduojama:

- Konsultuojantis su ekspertais sukurti ir nuolat tobulinti įvairiapusį rezidentų paruošimą vertinančią metodiką.
- Investuoti į dėstytojų paruošimą ir praktinių įgūdžių vertinimui skirtą įrangą.
- Nuolat tikrinti ir tobulinti rezidentų vertinimo metodiką, esant reikalui pasitelkiant išorinius ekspertus
- Mažinti biurokratijos ir vertės nekuriančių procesų našumą, atslaisvinant laiko mokymui ir mokymuisi.
- Svarstyti idėją, jog tam tikrų temų jaunesnius rezidentus, su rezidentų vadovų priežiūra, galėtų mokytis vyresnieji rezidentai, o mokymą ir mokymąsi įtraukti į studijų programų aprašus kaip bendrąsias kompetencijas.

3. Podiplominių studijų suderinamumas su moksline veikla

Pasak PMEF standartų, į rezidentūros programas turėtų būti įtraukti klinikinių tyrimų metodologijos ir klinikinės epidemiologijos pagrindai. Nors šių disciplinų studentai yra mokomi ikidiplominių studijų metu, rezidentūroje šių žinių gilinimas priklauso nuo konkrečios rezidentūros programos. Paklausus rezidentų ar rezidentūros metu jie supažindinami ir geba taikyti minėtas žinias, kone vienoda dalis respondentų sutiko (37,7%) ir nesutiko (32,4%) su šiuo teiginiu. Dalis respondentų minėtų disciplinų rezidentūros metu mokomi nebuvo, dalis pabrėžė mokymo kokybės trūkumus.

Rezidentūros metu rezidentai įgauna žinių ir geba savo specialybėje pritaikyti mokslinius metodus; į programas yra įtraukti klinikinių tyrimų ir klinikinės epidemiologijos pagrindai ir metodologija



“Taip, tačiau mokymo kokybė yra gan bloga, nes procesai chaotiški ir koncentruoti į mokslinės veiklos kiekybę, o ne kokybę”.

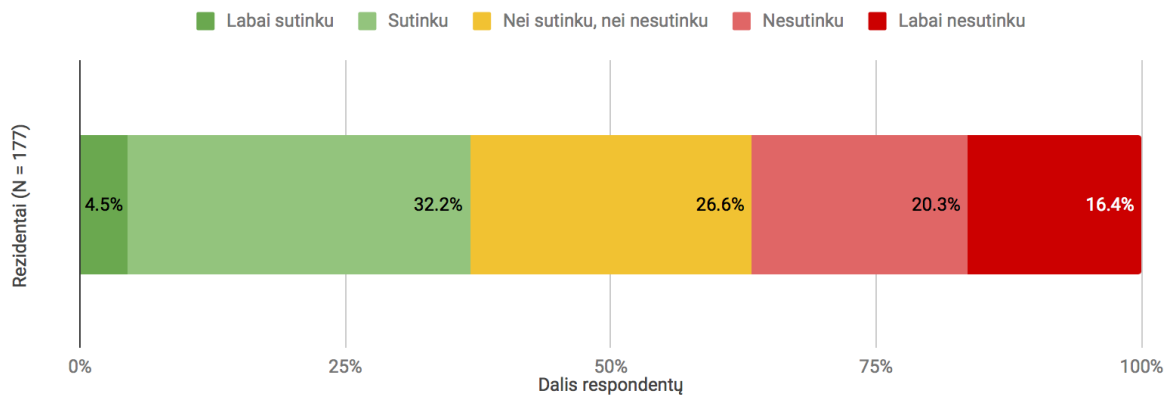
“Nėra kompetingų dėstytojų”

“Turėjome parašyti rezidentūros baigiamąjį darbą, bet neturėjome papildomų epidemiologijos, statistikos ir pan. paskaitų.”

“Mums liepia rašyti mokslinius darbus, bet niekas nepaaiškina, kaip ir kur.”

Į rezidentūros studijų programas taip pat turėtų būti įtrauktas kritinis literatūros vertinimas. 36,7% apklausoje dalyvavusių rezidentų teigė, kad į jų programas ši disciplina neįtraukta, tačiau dalis respondentų teigė, kad šie įgūdžiai mokomi neoficialiai, pavyzdžiui, neseniai kai kuriose rezidentūrose LSMU pradėjo kurtis Žurnalų klubai, kuriuose savarankiškai mokomasi kritinio literatūros vertinimo.

Kritinis literatūros ir mokslinių tyrimų duomenų vertinimas yra įtrauktas į mano rezidentūros programą



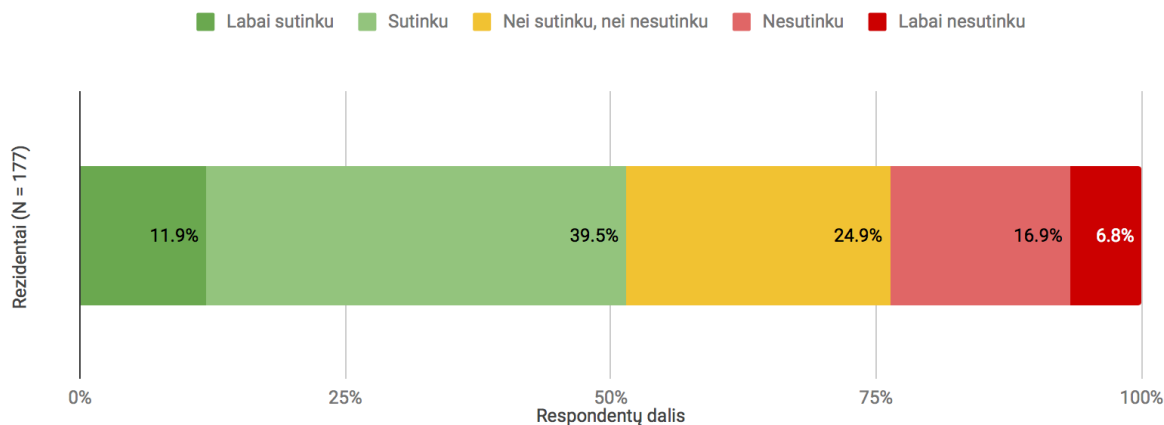
“Dauguma mokosi neoficialiai. Ši tema taip pat paliečiama ikidiplominių studijų metu, tačiau mokymo kokybė diskutuotina.”

“Seminarų apie kritinį literatūros vertinimą nebuvo, tačiau šio įgūdžio rezidentūros metu mokoma reguliarių mokslinės literatūros pristatymų kitiems kardiologams metu.”

Pasak PMEF standartų, rezidentai taip pat turėtų būti skatinami užsiimti moksline veikla. LSMU Rezidentūros reglamentas numato būtinybę pateikti baigiamąjį darbą norint pabaigti rezidentūros studijas, o Vilniaus universitete būtinybė atlikti mokslinį darbą priklauso nuo konkrečios rezidentūros programos - vienur jis būtinas norint pabaigti studijas, kitur priklauso nuo rezidento susidomėjimo mokslinės veiklos vystymu. Abiejuose universitetuose egzistuoja mobilumo (judumo) fondai, teikiantys finansinę paramą tarptautiniuose renginiuose dalyvaujanties rezidentams. Vilniaus universitete mokslinės veiklos vystymas skatinamas prioriteto tvarka mobilumo lėšas skiriant rezidentams, norintiems pristatyti savo mokslinius

darbus ar juos atlikti. Paklausus rezidentų, ar jie skatinimi užsiimti moksline veikla jiems įdomioje srityje, 51,4% respondentų sutiko arba labai sutiko su šiuo teiginiu.

Rezidentai skatinami užsiimti moksline veikla juos dominančia tema



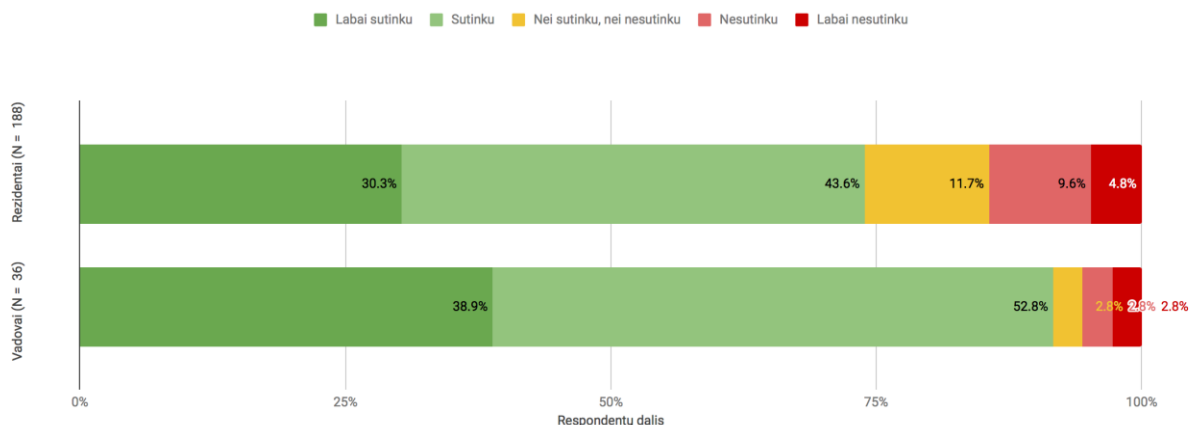
“Rezidentai turi rašyti mokslinį darbą, bet nesulaukia daug pagalbos tam.”

“Taip. Jei nori, gali laisvai užsiimti moksline veikla.”

“Mes negalime pasirinkti mums įdomios temos, jos parenkamos už mus.”

Pasak PMEF standartų, rezidentai turėtų turėti prieigą prie naujausios mokslinės literatūros. Prieiga prie naujausių duomenų bazių yra suteikiama universitetų ir/ar ligoninių. Reikia pasidžiaugti, kad 73,9% rezidentų teigia šią prieigą turintys, tačiau kai kurie pabrėžė specifinės literatūros trūkumą.

Rezidentai turi prieigą prie naujausios mokslinės literatūros



“Prieigą turime ne prie visų literatūros šaltinių, bet kūrybingai naudojant esamą informaciją, jos užtenka.”

“Neseniai prašėme užsakyti naujų žurnalų ar knygų, tačiau mums buvo atsakyta, kad tam trūksta lėšų.”

Siekiant užtikrinti mokslinės veiklos kokybę, rekomenduojama:

- Įtraukti į visas rezidentūros studijų programas išplėstinius mokslinio darbo metodologijos pagrindus, o į atskirus studijų programų aprašus įtraukti specifinius kiekvienai specialybei mokslinės veiklos vykdymo aspektus.
- Į visų rezidentūrų studijų programų aprašus įtraukti kritinį mokslinės literatūros vertinimą.
- Atkreipti dėmesį į rezidentų vadovų žinių ir gebėjimų spragas šioje srityje, jas šalinti sistemiškai.
- Didinti finansavimą mokslinei veiklai rezidentūros metu.
- Į rezidentūros ir darbo sutartis įtraukti laiką, skirtą mokslinei veiklai.
- Apsvarstyti idėją suteikti sąlygas rezidentūros metu paraleliai mokytis doktorantūros studijose.
- Plėsti duomenų bazių tinklą įtraukiant daugiau specifinėms žinioms gilinti reikalingų literatūros šaltinių, sistemingai informuoti rezidentus apie jau esamas prieigas prie duomenų bazių.

Išvados

Artėjantis pakopinių kompetencijų modelio įsigaliojimas suteikia išskirtinę progą pakeisti nusistovėjusią medicininės edukacijos Lietuvoje paradigmą, tačiau siekiant, kad pokyčiai būtų sklandūs ir ilgalaikiai, būtina atkreipti dėmesį į dabartinės gydytojų ruošimo sistemos trūkumus.

Kaip paaiškėjo atlikus rezidentų ir jų vadovų apklausą ir interviu su tikslinėmis grupėmis (angl. - *focus groups*) bei remiantis podiplominių studijų dalininkų diskusijos metu išsakytomis mintimis, šiuo metu Lietuvoje kertiniai rezidentūros aspektai, neatitinkantys pasaulinių kokybės standartų yra nepakankamas dėmesys rezidentų minkštųjų kompetencijų ir rezidentų vadovų pedagoginių įgūdžių ugdymui, grįžtamojo ryšio sistemos tarp visų dalyvių nebuvimas, sąlygų kokybiškai mokslinei veiklai vystyti trūkumas bei neužtikrinama rezidentūrą reglamentuojančių dokumentų atitiktis realiai situacijai.

Kuriant naują medicininės edukacijos sistemą rekomenduojama atkreipti sisteminių dėmesį užtikrinant efektyvią rezidentūrų komitetų (komisijų) veiklą, siekti maksimalaus skaidrumo stojimo į rezidentūras procese, užtikrinti sistemingą bendrųjų kompetencijų mokymą, sukurti ir sistemingai diegti sistemą, kuri padėtų nuolat teikti savalaikį ir konstruktyvų grįžtamąjį ryšį visiems sistemos dalyviams, mažinti biurokratinių ir vertės nekuriančių procesų naštą atlaisvinant laiko mokymui ir mokymuisi, atkreipti sisteminių dėmesį į rezidentų vadovų pedagoginį paruošimą bei suteikti sąlygas vystyti aukštos kokybės mokslinę veiklą.

Lietuvos medicina šiuo metu yra kryžkelėje tarp pacientų, rezidentų ir jų vadovų poreikių netenkinančios gydytojų ruošimo sistemos bei kardinaliai kitokios, į pacientą ir besimokantįjį orientuotos medicininės edukacijos. Šios be galo svarbios permainos gali būti įgyvendintos tik visoms šalims bendradarbiaujant ir prisiimant atsakomybę už Lietuvos sveikatos sistemos ateitį. Jaunųjų gydytojų asociacija tikisi, kad šis dokumentas padės podiplominių medicinos studijų dalininkams geriau suprasti vienas kitą ir kuriant pokyčius priimti pačius geriausius sprendimus.

Autoriai:

Kristina Grigaliūnaitė, Jaunųjų gydytojų asociacijos Valdybos narė, šeimos medicinos rezidentė Vilniaus universitete.

Aurimas Pečkauskas, Jaunųjų gydytojų asociacijos Valdybos narys, gydytojas anesteziologas - reanimatologas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose.

Praxis Centre for Policy Studies

Tartu mnt 50, V floor

10115 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

praxis@praxis.ee

Autorinės teisės priklauso Praxis. Cituojant prašome nurodyti šaltinį: Grigaliūnaitė, Kristina; Pečkauskas, Aurimas. 2018. Rezidentūra Lietuvoje: bręstantis iššūkis. Tallinn: Praxis Centre for Policy Studies.

ISBN 978-9949-662-05-0 (pdf)